



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO"

Ospedale "San Carlo" di Potenza - Ospedale "San Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone - 85100 Potenza - Tel n. 0971 - 61 11 11

Codice fiscale e Partita IVA 01186830764

Avviso pubblico per titoli e colloquio per assunzioni a tempo determinato in qualità di Dirigente Medico della disciplina di Oncologia.

In esecuzione della deliberazione n. 2016/00098 del 25 febbraio 2016 è indetto avviso pubblico per titoli e colloquio per assunzioni in qualità di **Dirigente Medico della disciplina di Oncologia** a tempo determinato, ex art. 36 del D. Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii.

L'avviso è indetto e sarà espletato ai sensi della normativa di cui al DPR n.483/97, ai Decreti Leg.vi n. 502/92 e ss.mm.ii. e n.165/2001 e ss.mm.ii., alla Legge n. 125/1991, al Decreto Leg.vo n. 198/2006 sulle pari opportunità, alla Legge n. 127/1997 e successivo decreto di attuazione, al DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii. e, per quanto applicabile, al DPR n. 487/1994.

Il rapporto di lavoro che si andrà ad instaurare è disciplinato dalla normativa di cui ai Decreti Legislativi n. 229/99 e n. 165/2001 e ss.mm.ii. ed alla Legge n. 138/2004; è, inoltre, incompatibile con qualsiasi altro incarico sia pubblico che privato, anche se di natura convenzionale ex art. 53 del Decreto Leg.vo n. 165/2001 e ss.mm.ii..

In conformità a quanto previsto dall'art. 7, comma 1, del Decreto Leg.vo n. 165/2001, è garantita parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro e al trattamento sul lavoro.

ART. 1

Requisiti per l'ammissione

Per la partecipazione all'avviso pubblico i candidati debbono essere in possesso dei seguenti requisiti generali e specifici:

Requisiti generali ex art. 1 del DPR n. 483/1997:

1. cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea; possono partecipare anche i familiari dei cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea non aventi la cittadinanza di uno Stato Membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente nonchè i cittadini di Paesi terzi che siano in possesso del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria (art. 38 del D. Lgs n. 165/2001 e s.m.i.);
2. idoneità fisica all'impiego nell'osservanza di quanto previsto dall'art. 26 del Decreto Leg.vo n. 106/09. L'accertamento dell'idoneità fisica all'impiego, con la osservanza delle norme in tema di categorie protette, è effettuato, a cura dell'Azienda Ospedaliera, prima della immissione in servizio.



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO"

Ospedale "San Carlo" di Potenza - Ospedale "San Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone - 85100 Potenza - Tel n. 0971 - 61 11 11

Codice fiscale e Partita IVA 01186830764

Il personale dipendente da pubbliche Amministrazioni ed il personale dipendente dagli istituti, ospedali ed enti di cui agli articoli 25 e 26, comma 1, del DPR n. 761/79, è dispensato dalla visita medica;

Requisiti specifici ex art. 24 del DPR n. 483/1997:

3. laurea in Medicina e Chirurgia;
4. specializzazione nella disciplina di Oncologia o disciplina equipollente, ovvero disciplina affine. Ai sensi del 2° comma dell'art. 56 del DPR n. 483/97, il personale del ruolo sanitario in servizio di ruolo alla data di entrata in vigore del DPR n. 483/97 presso altre aziende sanitarie o aziende ospedaliere nella disciplina messa ad avviso, è esentato dal requisito della specializzazione nella medesima disciplina;
5. iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici. L'iscrizione al corrispondente Albo Professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione all'avviso, fermo restando l'obbligo di iscrizione all'Albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.

I requisiti di cui sopra devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito nel presente avviso per la presentazione delle domande.

Il possesso dei requisiti di cui ai punti 1), 3), 4) e 5) **deve essere autocertificato dal candidato** ai sensi del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii., allegando copia non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Ai sensi dell'art. 15 della Legge n. 183 del 12.11.2011, l'eventuale produzione di certificato rilasciato da una pubblica Amministrazione è nulla. In tal caso l'Azienda procederà all'esclusione del candidato per difetto del requisito attestato dal certificato medesimo.

Si precisa sin d'ora che questa Azienda procederà alla verifica della veridicità delle dichiarazioni rese ai sensi del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii. e procederà a segnalare le eventuali dichiarazioni mendaci verificate all'Autorità Giudiziaria.

ART. 2

Domanda di ammissione e modalità d'invio

Per poter partecipare al presente avviso i candidati dovranno far pervenire domanda, redatta in carta semplice, indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Regionale "S.Carlo" – Via Potito Petrone – Potenza, all'Ufficio Protocollo dell'Azienda entro le ore 12:00 del 15° giorno dalla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata, secondo una delle seguenti modalità:

- a) presentata direttamente all'Ufficio Protocollo Aziendale;
- b) a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento;



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO"

Ospedale "San Carlo" di Potenza - Ospedale "San Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone - 85100 Potenza - Tel n. 0971 - 61 11 11

Codice fiscale e Partita IVA 01186830764

c) a mezzo e-mail al seguente indirizzo di posta certificata:
aosancarlo@cert.ruparbasilicata.it.

Detto termine è perentorio e non si terrà conto delle domande, documenti e titoli che perverranno, qualunque ne sia la causa, dopo la chiusura dell'avviso. Per le domande spedite con raccomandata AR non farà fede il timbro postale di partenza ma la data di arrivo al protocollo dell'Azienda.

Qualora detto giorno sia festivo ovvero cada di sabato, il termine è prorogato al 1° giorno successivo non festivo.

La domanda deve essere redatta secondo lo schema allegato al presente avviso, riportando tutte le indicazioni che, secondo le norme vigenti, i candidati sono tenuti a fornire.

La domanda deve essere firmata, pena esclusione, e la firma in calce alla domanda non deve essere autenticata.

Alla domanda il candidato deve allegare una copia del proprio documento di identità.

ART. 3

Cause di esclusione

Sono cause di esclusione dalla presente procedura, oltre al mancato possesso dei requisiti di cui ai punti 1), 3), 4), 5) dell'art. 1 del presente avviso:

- A. l'inoltro della domanda fuori termine;
- B. l'aver trasmesso la domanda di partecipazione priva della firma;
- C. l'aver trasmesso le autocertificazioni relative al possesso dei requisiti di cui all'art. 1, prive di firma e senza aver allegato copia di un documento di riconoscimento.

ART. 4

Ammissione/esclusione candidati

L'Azienda provvederà, con apposito atto, all'ammissione/esclusione dei candidati all'avviso, previa verifica dei requisiti di ammissione indicati nel presente avviso. L'elenco dei candidati ammessi sarà pubblicato sul sito www.ospedalesancarlo.it. - Sezione "Amministrazione Trasparente", con valore di notifica a tutti gli effetti.

L'esclusione dalla procedura selettiva è motivata e verrà notificata entro trenta giorni dalla data di esecutività della relativa decisione.

ART. 5

Prova selettiva

I candidati sosterranno una prova che consisterà in un colloquio inerente alla disciplina oggetto dell'avviso, nonché sui compiti connessi alla funzione da conferire.



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO"

Ospedale "San Carlo" di Potenza - Ospedale "San Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone - 85100 Potenza - Tel n. 0971 - 61 11 11

Codice fiscale e Partita IVA 01186830764

ART. 6

Punteggio titoli / valutazione colloquio

La Commissione, da nominarsi con apposito atto, dispone complessivamente di **40 punti** per la valutazione dei titoli e per il colloquio.

I punti sono così ripartiti:

- 20 punti per i titoli
- 20 punti per il colloquio

Ai sensi dell'art. 27 del DPR n. 483/97 e dell'art. 45 del D. Leg.vo n. 368/99, i titoli valutabili ed il punteggio massimo agli stessi attribuibile singolarmente e per categorie di titoli sono i seguenti:

- a) titoli di carriera: punti 10
- b) titoli accademici e di studio: punti 3
- c) pubblicazioni e titoli scientifici: punti 3
- d) curriculum formativo e professionale: punti 4

Titoli di carriera

- a) servizi di ruolo prestati presso le unità sanitarie locali o le aziende ospedaliere e servizi equipollenti ai sensi degli artt. 22 e 23 del DPR n. 483/97:
 - 1) servizio nel livello dirigenziale ad avviso, o livello superiore, nella disciplina: punti 1.000 per anno;
 - 2) servizio in altra posizione funzionale, nella disciplina ad avviso: punti 0.500 per anno;
 - 3) servizio in disciplina affine ovvero in altra disciplina da valutare con i punteggi di cui sopra ridotti rispettivamente del 25 e del 50 per cento;
 - 4) servizio prestato a tempo pieno da valutare con i punteggi di cui sopra aumentati del 20 per cento;
- b) servizio di ruolo quale medico presso pubbliche amministrazioni nelle varie qualifiche secondo i rispettivi ordinamenti, punti 0.500 per anno.

La specializzazione, conseguita ai sensi del Decreto Leg.vo 8.8.1991 n. 257, è valutata con uno specifico punteggio pari a mezzo punto per anno di corso di specializzazione, fra i titoli di carriera ai sensi e per gli effetti dell'art. 45 del Decreto Leg.vo n. 368/99.

Titoli accademici e di studio

- a) specializzazione nella disciplina oggetto dell'avviso: punti 1.000;
- b) specializzazione in disciplina affine: punti 0.500;
- c) specializzazione in altra disciplina: punti 0.250;



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE “SAN CARLO”

Ospedale “San Carlo” di Potenza - Ospedale “San Francesco di Paola” di Pescopagano

Via Potito Petrone - 85100 Potenza - Tel n. 0971 - 61 11 11

Codice fiscale e Partita IVA 01186830764

-
- d) altre specializzazioni di ciascun gruppo da valutare con i punteggi di cui sopra ridotti del 50 per cento;
 - e) altre lauree, oltre quella richiesta per l'ammissione all'avviso, comprese tra quelle previste per l'appartenenza al ruolo sanitario: punti 0.500 per ognuna, fino ad un massimo di punti 1,000.

Non è valutabile la specializzazione fatta valere come requisito di ammissione.

Pubblicazioni e titoli scientifici – post lauream

Per la valutazione delle pubblicazioni si applicano i criteri previsti dall'art. 11 del DPR n. 483/1997.

Detta valutazione è effettuata in relazione alla originalità della produzione scientifica, all'importanza della rivista, alla continuità ed ai contenuti dei singoli lavori, al grado di attinenza dei lavori stessi con la posizione funzionale da conferire, all'eventuale collaborazione di più autori. Non saranno valutate le pubblicazioni delle quali non risulti l'apporto del candidato.

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa. Nel caso in cui non siano prodotte ma autocertificate, per consentirne la valutazione, sarà necessario fornirne ampia descrizione; dalla semplice intestazione dei lavori non potrà ricavarsi l'adeguata valutazione richiesta.

Curriculum formativo e professionale – post lauream

Per la valutazione del curriculum si applicano i criteri stabiliti dal suddetto art. 11 del DPR n. 483/1997.

Nel curriculum formativo e professionale sono valutate le attività professionali e di studio, formalmente documentate, non riferibili a titoli già valutati nelle precedenti categorie, idonee ad evidenziare, ulteriormente, il livello di qualificazione professionale acquisito nell'arco della intera carriera e specifiche rispetto alla posizione funzionale da conferire nonché gli incarichi di insegnamento conferiti da enti pubblici.

In tale categoria rientra anche la partecipazione a congressi, convegni o seminari che abbiano finalità di formazione e di aggiornamento professionale e di avanzamento di ricerca scientifica, nonché la idoneità nazionale nella disciplina prevista dal pregresso ordinamento.

Non sono valutate le idoneità conseguite in precedenti concorsi.

La mancata presentazione del curriculum non è motivo di esclusione, ma comporta la non valutazione dei titoli sopra specificati.

La produzione della documentazione da valutarsi, relativa alle pubblicazioni e titoli scientifici ed al curriculum formativo e professionale, è quella avente data non anteriore all'anno 2008.



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO"

Ospedale "San Carlo" di Potenza - Ospedale "San Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone - 85100 Potenza - Tel n. 0971 - 61 11 11

Codice fiscale e Partita IVA 01186830764

Alla domanda deve essere unito, in carta semplice, un elenco dei documenti e dei titoli presentati, numerati progressivamente.

La medesima numerazione dovrà essere riportata nel curriculum ovvero nelle autocertificazioni o nelle dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà in caso di richiamo degli stessi documenti e dei titoli presentati.

Il diario della prova selettiva sarà comunicato ai candidati mediante pubblicazione sul sito internet dell'Azienda www.ospedalesancarlo.it - Sezione "*Amministrazione Trasparente*" non meno di dieci giorni prima della data fissata, e varrà quale notifica a tutti gli effetti.

Il superamento del colloquio è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza espressa in termini numerici di almeno 14/20.

ART. 7

Graduatoria e adempimenti dei concorrenti inseriti nella graduatoria

La graduatoria di merito dei candidati è formulata secondo l'ordine dei punti della valutazione complessiva riportata da ciascun candidato, con l'osservanza, a parità di punti, delle preferenze e precedenza previste dal DPR n. 487/94 e ss.mm.ii..

La graduatoria di merito è approvata dal Direttore Generale ed è immediatamente efficace.

La graduatoria sarà pubblicata sul sito internet aziendale www.ospedalesancarlo.it - Sezione "*Amministrazione Trasparente*" - e tale pubblicazione varrà quale notifica a tutti gli effetti.

L'assunzione in servizio avverrà mediante la stipulazione di contratto individuale di lavoro, secondo le disposizioni richiamate dal Decreto Leg.vo n. 165/01 e ss.mm.ii. e dal CCNL dell'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria vigente al momento dell'assunzione.

Il trattamento stipendiale iniziale da attribuire è quello fissato dal succitato CCNL.

L'Azienda verificata la sussistenza dei requisiti procederà alla stipulazione del contratto individuale di lavoro.

Il rapporto di lavoro si risolve automaticamente, senza diritto al preavviso, alla scadenza indicata nel contratto individuale.

In nessun caso il rapporto di lavoro a tempo determinato potrà trasformarsi in rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

ART. 8

Disposizioni finali e transitorie

Nel caso in cui pervenga una sola domanda, l'Amministrazione si riserva la facoltà di non procedere ad alcuna valutazione dei titoli e al colloquio, limitandosi a verificare il possesso in capo al candidato dei requisiti di ammissione.



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE “SAN CARLO”

Ospedale “San Carlo” di Potenza - Ospedale “San Francesco di Paola” di Pescopagano

Via Potito Petrone - 85100 Potenza - Tel n. 0971 - 61 11 11

Codice fiscale e Partita IVA 01186830764

Si riserva, altresì, di prorarre il termine di scadenza fissato nell'avviso, di annullare o revocare la procedura avviata.

L'assunzione in servizio a tempo determinato è, in ogni caso, subordinata oltre che alla verifica della permanenza delle esigenze programmatiche e di servizio che hanno determinato l'adozione del presente avviso, anche alle procedure autorizzatorie di cui alle fonti di riferimento, compresa la normativa regionale per tempo vigente.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, “*Codice in materia di protezione dei dati personali*” e ss.mm.ii., si informano i partecipanti alla presente procedura che i dati personali e sensibili ad essi relativi saranno oggetto di trattamento da parte dell'Azienda con modalità sia manuale sia informatizzata, esclusivamente al fine di poter assolvere tutti gli obblighi giuridici collegati all'espletamento della procedura stessa.

Nell'ambito della procedura selettiva di cui al presente bando non sarà consentito l'accesso agli atti di una fase alla quale il candidato non abbia partecipato.

Espletato l'avviso e decorsi i termini fissati dalla legge per eventuali ricorsi prodotti non ancora definitivamente decisi, i candidati non utilmente classificati potranno ritirare i documenti e i titoli prodotti.

Gli interessati possono scaricare il presente bando, unitamente allo schema di domanda, dal sito internet aziendale www.ospedalesancarlo.it - Sezione “*Amministrazione Trasparente*” o ritirarlo presso l'Unità Operativa Gestione Risorse Umane di questa Azienda Ospedaliera – Via Potito Petrone – Potenza.

Il Responsabile del Procedimento è la Dott.ssa LOVALLO Donata, alla quale potranno essere formulate richieste di chiarimenti telefonando al seguente numero 0971/613032, dalle ore 11,00 alle 13,00, di tutti i giorni feriali, escluso il sabato.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Rocco Alessandro G. MAGLIETTA



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO"

Ospedale "San Carlo" di Potenza - Ospedale "San Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone - 85100 Potenza - Tel n. 0971 - 61 11 11

Codice fiscale e Partita IVA 01186830764

Schema della domanda (in carta semplice)

AL DIRETTORE GENERALE
dell'Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo"
Via Potito Petrone
85100 POTENZA

l sottoscritt _____

ch i e d e

di essere ammess_ a partecipare all'avviso pubblico per titoli e colloquio per assunzioni a tempo determinato in qualità di **Dirigente Medico della disciplina di Oncologia.**

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole della sanzione della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in base ad una dichiarazione non veritiera nonchè delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, previste dagli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii.,

dichiara:

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000:

- a) di essere nato/a a _____ il _____;
- b) di essere cittadin_ italian_ ovvero di uno dei Paesi dell'Unione Europea _____, ovvero familiare di un cittadino di uno Stato Membro dell'U.E. in possesso del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
- c) di essere cittadino di Paese terzo (indicare il Paese) _____ e di essere in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o di essere in possesso dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria (depenare la parte che non interessa);
- d) di essere residente a _____ in Via _____;
- e) di essere iscritt_ nelle liste elettorali del Comune di _____ ovvero di non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per il seguente motivo _____;
- f) di non aver/aver riportato le seguenti condanne penali: _____;
- g) per quanto riguarda gli obblighi militari, di avere la seguente posizione _____;
- h) di essere in possesso:
 - della Laurea in Medicina e Chirurgia;
 - della Specializzazione in _____;
- i) di essere iscritt_ all'Albo dell'Ordine dei Medici di _____ dal _____;
- j) di aver prestato i seguenti servizi presso pubbliche Amministrazioni:
dal _____ al _____ presso _____
dal _____ al _____ presso _____
- j) di aver diritto a eventuali preferenze o precedenza a parità di punteggio, ex art. 5 del DPR n. 487/1994: _____

Dichiara, altresì di essere a conoscenza che l'Azienda procederà alla verifica delle autocertificazioni prodotte e alla segnalazione all'Autorità Giudiziaria per le dichiarazioni mendaci.



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO"

Ospedale "San Carlo" di Potenza - Ospedale "San Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone - 85100 Potenza - Tel n. 0971 - 61 11 11

Codice fiscale e Partita IVA 01186830764

l sottoscritt_ autorizza, ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/03 e ss.mm.ii., l'Azienda Ospedaliera al trattamento dei dati ivi riportati per le finalità dell'avviso per cui è fatta l'istanza.

l sottoscritt_ chiede che le comunicazioni relative al presente avviso siano effettuate al seguente indirizzo:

- Via _____
(in assenza di specifica indicazione le comunicazioni saranno effettuate al luogo di residenza);
- recapito telefonico/cellulare _____, email _____.

Data _____

FIRMA

Alla presente domanda devono essere allegati:

1. copia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità;
2. dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, come da fac-simile Allegato 1;
3. curriculum formativo e professionale datato e firmato, siglato in ogni pagina;
4. ogni ulteriore documentazione utile ai fini della valutazione;
5. elenco datato e firmato dei documenti e titoli presentati, numerati progressivamente in relazione al corrispondente documento o titolo.



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO"

Ospedale "San Carlo" di Potenza - Ospedale "San Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone - 85100 Potenza - Tel n. 0971 - 61 11 11

Codice fiscale e Partita IVA 01186830764

Allegato 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritt_ _____, nat_ a _____, il _____ e residente in _____ (provincia di _____), Via _____ n.____, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii.,

DICHIARA

1. di essere cittadin__ italian__ ovvero di essere cittadin__ di uno dei Paesi dell' Unione Europea: _____ ovvero familiare di un cittadino di uno Stato Membro dell'U.E. in possesso del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
2. di essere cittadino di Paese terzo (indicare il Paese) _____ e di essere in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o di essere in possesso dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria (depenare la parte che non interessa);
3. di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita in data _____ presso l'Università _____;
4. di essere in possesso della Specializzazione in _____ conseguita in data _____ presso l'Università degli Studi di _____, ai sensi del D. Lgs. n. _____ del _____ della durata di anni _____;
5. di essere iscritt__ all'Albo dell'Ordine dei Medici di _____ dal _____;
6. di aver svolto i seguenti servizi presso strutture pubbliche (1):

7. di aver svolto i seguenti servizi presso strutture private accreditate/convenzionate (1)

8. che i dati indicati nel curriculum formativo e professionale sono rispondenti al vero;
9. che le copie fotostatiche dei titoli e delle pubblicazioni prodotte sono corrispondenti agli originali in suo possesso.

Data _____

FIRMA

1) Specificare:

- ente presso cui è stato prestato il servizio;
- la tipologia di rapporto (tempo determinato ovvero indeterminato);
- la qualifica rivestita con l'indicazione della Disciplina di appartenenza;
- la durata (inizio e fine: giorno, mese, anno);
- eventuali cause di interruzione del servizio incidenti sull'anzianità di servizio e relativa durata (inizio e fine: giorno, mese, anno);
- eventuali periodi prestati ad impegno orario ridotto, specificando la relativa riduzione e la durata (inizio e fine: giorno, mese, anno).

Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii., alla presente dichiarazione deve essere allegata la fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.